

APLICACIÓN DE ADAP EN VIRGINIA

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con el Departamento de Salud de Virginia al 1-855-362-0658. La solicitud puede ser enviada por correo a Virginia Department of Health, HCS Unit, 1st Floor, James Madison Building, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219 o por fax al 804-864-8050.

¿Usted:

1. Sí No respondió a todas las preguntas en la solicitud?
2. Sí No incluyó comprobante de residencia en Virginia si su dirección actual no es en Virginia?
3. Sí No incluyó su comprobante de ingreso actual?
4. Sí Tengo seguro de salud incluyó una copia (frente y parte posterior) de la tarjeta de su seguro de salud (si corresponde)?
No, no tengo seguro de salud.
5. Sí No firmó y puso la fecha en la solicitud?

- ❖ Si respondió "Sí" en todas las preguntas anteriores, su solicitud será procesada.
- ❖ Si respondió "No tengo seguro de salud" en la pregunta anterior 4 pero marcó "sí" en todas las demás preguntas, su solicitud será procesada.
- ❖ Si respondió "No" a cualquier pregunta anterior, su solicitud no podrá ser procesada

Por favor, confirme que la solicitud está completa basándose en las preguntas anteriores. ¿Quién presenta esta solicitud? (Cliente, Administrador de Caso, Otro):

Nombre:

Número de teléfono de contacto:

Relación con el cliente:

Firma:

Fecha:

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha
Dirección		Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Telf. principal	Telf. secundario		

INGRESOS

Ingreso Familiar: \$ _____	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Especifique otros: _____
Número de personas que viven con usted (incluyendo usted mismo): _____	¿Está trabajando actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Por favor marque todo tipo de ingresos que recibe actualmente	<input type="checkbox"/> Pensión por divorcio	<input type="checkbox"/> Manutención de menores	<input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo
	<input type="checkbox"/> Retiro/pensión	<input type="checkbox"/> Ingresos de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Especifique otros: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

¿Tiene actualmente algún tipo de seguro médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Seguro de Salud a Bajo Precio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Seguro Privado, Por trabajo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Seguro Privado, Personal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Servicios del salud para Indígenas (IHS)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Medicaid /CHIP/Otro seguro públicos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
VA/TRICARE /Otro seguro militar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe

	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
Medicare			
Si la respuesta es Sí , ¿Ha aplicado usted para, Medicare Parte D (cobertura de medicinas)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe
Si la respuesta es Sí , en Medicare Parte D, ¿Ha aplicado usted para subsidio de bajos ingresos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No Sabe

Ingresos del Seguro Social (SSI) o el Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)?

<input type="checkbox"/> Si, para SSI	<input type="checkbox"/> Si, para SSDI	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
---------------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Yo entiendo, que es mi responsabilidad dar mi estado medico y prueba de ingresos cada seis meses. Además, entiendo que es mi responsabilidad de notificar al Departamento de Salud de Virginia (VDH), si hay cambios en mi información de contacto, ingresos o estado de seguro (si es aplicable). Si no doy la documentación necesaria, podría poner en peligro la ayuda a través del Departamento de Salud de Virginia (VDH).

Mi información esta siendo ingresada a una base de datos a nivel estatal por VDH. Yo autorizo a VDH que tenga libertad de compartir mis archivos de manera necesaria para apoyar la solicitud de pago de mi aplicación para Medicare, Medicaid, y/u otros beneficios de atención médica, incluyendo Welvista. Yo pido al tercer partido que pague cualquier beneficio autorizado a VDH para mí. Yo autorizo a VDH para obtener, verificar y/o compartir mi información demografica, información de prescripción médica, y/o información de la cobertura de mi seguro con otras identidades si es necesario, con la finalidad de que coordinen el acceso a mis medicinas. Información puede ser compartida con pero no es limitada a los siguientes: médico, otra división de programas para Enfermedades (incluyendo la vigilancia, el cuidado y la prevención), empleados del departamento de salud, empleados de centro de tratamiento, proveedor de los servicios de farmacia, recurso de referencia, clínica, corredor de seguros y/o compañía de seguros. VDH está de acuerdo en tratar esta información como confidencial.

Yo entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor mientras mi dependiente o yo permanezcamos en la lista de espera de ADAP o en ADAP o hasta que me retire.

Yo he leído, yo entiendo y estoy de acuerdo en aceptar las Responsabilidades del Cliente y El Dar Consentimiento. Yo verifico que mi información esta completa y exacta en esta aplicación de acuerdo a mi conocimiento.

Firma del Cliente, Padre/Guardián Legal o Persona que actúa como un padre

Fecha en que firma

Relación (Sí la firma no es del Cliente)

Firma de la Persona que otorga el Consentimiento

Fecha en que firma